

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1952-1953 — N° 165

RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DANS LES SCIATIQUES REBELLES

d'après une statistique de 422 observations

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 9 juillet 1953

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE LALEVÉE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 5 octobre 1928, à Fraize (Vosges)



LYON ET VILLEURBANNE
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
A. GERPHAGNON, Directeur

1953

RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DANS LES SCIATIQUES REBELLES
d'après une statistique de 422 observations

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1952-1953 — N° 165

RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DANS LES SCIATIQUES REBELLES

d'après une statistique de 422 observations

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 9 juillet 1953

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE LALEVÉE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 5 octobre 1928, à Fraize (Vosges)



LYON ET VILLEURBANNE
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

A. GERPHAGNON, Directeur

—
1953

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen Honoraire.....	M. J. LÉPINE.
Doyen	M. H. HERMANN.
Assesseur	M. J. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, VILLARD, COLLET, CLUZET, BÉRARD, GUIART, PIÉRY, CADE, PATEL, FAVRE, LÉPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.....	MM. FROMENT.
Clinique médicale B.....	P. RAVAUT.
Clinique chirurgicale A.....	SANTY.
Clinique chirurgicale B.....	WERTHEIMER.
Clinique ophtalmologique.....	BONNET.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	REBATTU.
Clinique urologique.....	CIBERT.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	DUFOURT.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.....	GATE.
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale.....	DECHAUME J.
Clinique des maladies infectieuses et Bactériologie.....	SEDALLIAN.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie.....	GUILLEMINET.
Clinique gynécologique.....	POLLOSSON.
Clinique obstétricale.....	PIGEAUD.
Clinique stomatologique.....	DUCCLOS.
Clinique médicale infantile et Hygiène du premier âge.....	BERNHEIM.
Pharmacie et Pharmacologie.....	LEULIER.
Physiologie.....	HERMANN.
Anatomie pathologique.....	MARTIN J.-F.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	PONTHUS (détaché à Beyrouth).
Médecine du Travail.....	MAZEL.
Parasitologie et Pathologie exotique.....	GARIN.
Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire.....	ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie.....	CHAMBON.
Pathologie générale et expérimentale.....	JOSSERAND.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	DELORE.
Anatomie.....	GABRIELLE.
Pathologie interne.....	CROIZAT.
Chimie biologique et médicale.....	ENSELME.
Pathologie chirurgicale.....	MALLET-GUY.
Histologie.....	NOEL.
Pharmacie galénique et Matière médicale.....	REVOL.
Médecine légale et Déontologie.....	BOURRET.
Thérapeutique.....	LEVRAT.
Hygiène.....	SOHIER.
Biologie médicale.....	JOURDAN.
Propédeutique chirurgicale.....	BERTRAND.
Botanique et Cryptogamie.....	NETIEN.



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chimie organique et Toxicologie.....	MM. BADINAND.
Obstétrique.....	BANSILLON.
Pharmacie et Pharmacologie.....	DREVON.

MAÎTRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Physique biologique.....	MM. BERGER.
Parasitologie.....	COUDERT.
Histologie.....	ROMAN.
Bactériologie.....	TUSQUES.
Physiologie.....	BERTOYE A.
Physiologie.....	CHATONNET.
Biochimie médicale.....	CIEE.
	CREYSSER R.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie médicale.....	MM. BRUN.	Orthopédie.....	MM. MARION Joseph.
Pathologie médicale.....	GIRARD M.	Obstétrique.....	BROCHIER.
Pathologie médicale.....	GIRARD P.	Obstétrique.....	MAGNIN.
Pathologie médicale.....	JEUNE.	Obstétrique.....	MATHIEU J.
Pathologie médicale.....	VACHON.	Anatomie pathologique.....	GUICHARD A.
Pathologie médicale.....	GALY.	Anatomie.....	LATAJRET M.
Pathologie médicale.....	GONIN.	Urologie.....	PERRIN.
Pathologie chirurgicale.....	BÉRARD.	Ophtalmologie.....	PAUFIQUE.
Pathologie chirurgicale.....	DESJACQUES.	Neuro-Chirurgie.....	LECUIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LABRY.	Oto-Rhino-Laryngologie.....	MAYOUX.
Pathologie chirurgicale.....	TRILLAT.	Dermato-Syphiligraphie.....	THIERS.
Pathologie chirurgicale.....	DARGENT.	Médecine légale et Médecine du Travail.....	ROCHE.
Pathologie chirurgicale.....	MANSUY.		
Pathologie chirurgicale.....	GUILLET.		

CHARGE DES FONCTIONS DE MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

Hygiène.....	M. BÉNAZET.
--------------	-------------

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. WERTHEIMER, président.

MM. PAUPERT-RAVAULT, BOURRET, MANSUY, membres du jury.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

Leur vie restera toujours pour moi le plus bel exemple d'honnêteté et de travail. Je leur dédie aujourd'hui ce modeste ouvrage, témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MA GRAND'MÈRE, A MES FRÈRES, A TOUS LES MIENS.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR WERTHEIMER.

Il nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous le remercions d'avoir mis ses observations à notre disposition, et nous le prions de trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respect.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAVAUT,

qui nous fait l'honneur de compter parmi
nos juges. Nous l'en remercions bien sin-
cèrement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOURRET,

qui nous a confié le sujet de cette thèse et
nous a maintes fois guidé pour mener à
bien ce travail, nous accueillant toujours
avec bienveillance. Nous lui exprimons ici
toute notre gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MANSUY.

Nous sommes heureux qu'il ait pu faire
partie de notre jury, et l'en remercions
vivement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACK CHEVALIER.

Qu'il soit ici remercié des précieux
conseils qu'il nous a prodigués au cours de
l'élaboration de ce travail.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT BOUCHER,

Spécialiste des Hôpitaux Militaires.

Pendant un semestre, nous avons été son élève, profitant de ses leçons et ne cessant d'accroître nos connaissances dans le domaine de la pneumologie et de la phtisiologie. Il nous est agréable aujourd'hui de lui manifester notre admiration et de le remercier.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT BASTIEN,

Assistant des Hôpitaux Militaires.

Nous aimions suivre sa visite, appréciant toujours ses bons conseils. Qu'il trouve ici le témoignage de notre respect et de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-CAPITAINE DEVORS,

Chirurgien des Hôpitaux Militaires.

C'est sous sa bienveillante autorité que nous avons accompli nos premiers gestes chirurgicaux, et, depuis, il n'a cessé de nous témoigner beaucoup de sympathie. Qu'il soit assuré de notre profond attachement et de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL CHAVIALLE,

Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire.

A TOUS NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

A MES CAMARADES ELÈVES ET ANCIENS ELÈVES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

INTRODUCTION

Depuis plus d'une dizaine d'années les méthodes chirurgicales ont pris le pas sur les traitements médicaux dans la thérapeutique de la névralgie sciatique rebelle.

De nombreux chirurgiens, tant français qu'étrangers, ont apporté leurs résultats ; bien vite, cependant, se sont fait jour certaines divergences entre eux :

— Pour les uns la hernie du nucléus, lorsqu'elle existe, représente la cause suffisante de la névralgie sciatique, son ablation réalisant le seul geste chirurgical, pratiqué après un abord aussi économique que possible ;

— D'autres ont vu, au contraire, dans la discopathie, la localisation au segment lombaire d'une affection plus étendue, la conséquence d'un trouble dans la statique vertébrale, le témoin d'une malformation congénitale ou acquise, et se sont fait les défenseurs de la greffe vertébrale associée.

En fait, comme va le montrer l'étude d'un assez grand nombre d'observations, si la hernie discale entre pour une large part dans la cause de la névralgie sciatique, son ablation constitue alors la thérapeutique essentielle et suffisante ; par contre, dans un certain nombre de cas cette cause n'apparaît pas, l'exploration reste négative ou ne décèle que des manifestations locales assez peu importantes. Cependant bien souvent le résultat opératoire est suffisamment satisfaisant pour qu'il ne soit pas nécessaire de recourir, au moins d'emblée, à une intervention vertébrale complémentaire (greffe) dont les résultats sont là pour prouver que ses indications ne doivent être pesées qu'avec rigueur.

Ce travail est basé sur un ensemble homogène d'observations recueillies, la plupart, dans le service de M. le Professeur WERTHEIMER, certaines autres faisant partie de sa clientèle personnelle. Le groupe comporte 422 malades opérés du 4 août 1941 au 6 juin 1953.

Certes, il s'agit de cas sélectionnés puisqu'ont été exclus une série de sujets adressés dans le service pour d'authentiques sciatiques, mais non opérés en raison soit du caractère trop récent de la névralgie, soit

de l'efficacité du traitement médical. Il est bien entendu que les algies consécutives à des néoplasmes pelviens, des généralisations carcinomateuses vertébrales, des ostéites vertébrales ont été écartées. Enfin, du fait des problèmes diagnostiques et thérapeutiques qu'ils posent, les lumbagos aigus et chroniques ne sont pas compris dans le cadre de notre étude. Cette dernière groupe uniquement des sciaticques, associés ou non à des lombalgies, pour lesquelles une indication chirurgicale a été retenue, soit en raison d'une symptomatologie suffisamment précise, soit du fait de leur caractère rebelle.

Dans ce travail nous avons volontairement renoncé à toute considération anatomo-clinique et pathogénique, ayant seulement l'intention d'apporter un témoignage statistique basé sur les constatations opératoires et les résultats d'une enquête faite directement auprès du malade.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

LES BASES STATISTIQUES

Notre statistique est basée sur 422 observations de malades traités chirurgicalement pour sciatique rebelle.

Avant d'être opéré, chacun a subi un interrogatoire précis et un inventaire neurologique détaillé, ainsi qu'un examen radiographique lombaire de face et de profil, et parfois sous des incidences spéciales.

En principe, aucune indication opératoire n'a été portée avant un délai minimum de trois mois après la première crise de sciatique et nous nous sommes toujours efforcés de mettre en évidence un minimum de signes objectifs caractéristiques et localisateurs. Ceux-ci appartiennent à la sémiologie classique de la sciatique par hernie discale. Nous ne voulons que citer :

- la douleur, souvent de type radiculaire, accentuée par la toux, l'éternuement, la compression des jugulaires ;
- le signe de Lasègue ;
- la douleur avec irradiation sciatique à la pression latéro-vertébrale ;
- la raideur vertébrale avec scoliose antalgique ou paradoxale ;
- les troubles sensitifs, objectifs : anesthésie ou paresthésie d'un territoire bien limité ;
- les déficits moteurs et l'amyotrophie ;
- la diminution ou l'abolition des réflexes ;
- le caractère rebelle de la douleur se manifestant parfois depuis des années et demeurant insensible aux différents traitements médicaux.

Pour porter l'indication opératoire, nous avons exigé l'association de plusieurs de ces signes tout en tenant compte de la notion d'effort, de traumatisme unique ou répété. Quelquefois le diagnostic de discopathie ne pouvant être affirmé, nous avons eu recours à l'examen du liquide céphalo-rachidien après ponction lombaire dans le but d'éliminer une compression éventuelle ou une inflammation méningée.

Nous malades ont été opérés du 4 août 1941 au 6 juin 1953. L'un d'eux étant décédé avant l'intervention, notre statistique porte sur 421 interventions primitives. A ce chiffre s'ajoute 14 réinterventions. Soit au total 435 opérations. Nous n'avons pas compris dans les réinterventions

une laminectomie nécessitée par une complication suppurée post-opératoire.

Nos investigations ont porté sur les malades opérés depuis au moins trois mois, estimant ce délai nécessaire pour observer objectivement des résultats que nous voulons considérer comme durables, tout en sachant bien qu'il existe des résultats spectaculaires affirmés dès le lendemain de l'intervention.

A tous ces malades nous avons envoyé le questionnaire suivant :

Lyon, le

M.....

M. le Professeur WERTHEIMER, qui s'intéresse spécialement à votre cas, vous serait obligé de bien vouloir répondre au questionnaire suivant :

- 1° Votre sciatique a-t-elle définitivement disparu ?.....
- 2° Sinon, vous considérez-vous comme :
 - n'ayant eu aucun résultat ?.....
 - ayant un résultat partiel de % ?
- 3° Si vous aviez une sciatique de l'intensité de celle qui a déterminé l'opération, vous feriez-vous opérer à nouveau ?.....
- 4° Avez-vous eu de nouvelles crises de sciatique ?.....
- 5° En dehors de la sciatique, avez-vous d'autres troubles ?.....
 - maux de reins spontanés ?..... à l'effort ?.....
 - sensation de faiblesse ou de gêne dans les mouvements de la colonne ?
 - crampes nocturnes ?.....
 - sensations anormales dans les jambes ?.....
- 6° Quel a été votre arrêt de travail total ?.....
 - avant d'être opéré, combien de temps n'avez-vous pas travaillé ?
 - après l'opération, quel repos a été nécessaire ?.....
- 7° Avez-vous pu reprendre votre travail antérieur ?.....
- 8° La Sécurité Sociale ou un autre organisme officiel (Conseil de Réforme ou autre) vous a-t-il donné une pension d'invalidité ou d'I. P. P. ?
- Quel taux ?
- 9° Appréciation globale du résultat :.....
- 10° Si cela vous était possible, il nous serait agréable de vous voir rapporter vous-même ce questionnaire un samedi ou un mercredi matin, afin que nous puissions vous examiner.

Veuillez croire, M....., à nos meilleurs sentiments.

Certains ont bien voulu se rendre à la consultation du service pour se faire examiner ; d'autres, négligents, ont été visités à leur domicile ; certains se sont contentés de nous retourner le questionnaire rempli parfois d'une façon insuffisante, d'autres enfin ne nous ont pas répondu, soit peut-être sciemment malgré une dernière tentative par lettre recommandée, soit parce que, ayant changé d'adresse, ils n'ont pu être touchés, soit enfin parce qu'ils étaient décédés entre temps.

Les résultats de notre enquête s'établissent ainsi :

Nombre de malades.....	422
Nombre de malades ayant répondu au questionnaire	272
Nombre de malades revus à la consultation	65
	337

C'est donc sur un total de 337 cas que portera l'étude des résultats de plus de trois mois.

En effet, 85 observations ne sont pas utilisables, à savoir :

Décès opératoires.....	8
Décès intercurrents.....	4
Partis sans laisser d'adresse ou n'ayant pas répondu	48
Opérés trop récemment.....	25
	85

CHAPITRE II

MODALITÉS OPÉRATOIRES

LA VOIE D'ABORD

Actuellement, la voie interlaminare est employée par le Professeur WERTHEIMER de façon systématique. Elle nécessite parfois, pour obtenir plus de jour, l'égrugeage des bords supérieurs et inférieurs des lames sus et sous-jacentes. Elle a pour avantages d'être peu délabrante, économique, assurant, d'après DESLOUS (*Lyon Chirurgical*, 1952, page 383), un résultat supérieur à l'hémi laminectomie ou à la laminectomie.

Il convient simplement de vérifier systématiquement les deux espaces L⁴ L⁵ et L⁵ S¹.

Lorsque l'exploration est négative, l'opérateur est toujours à même de s'agrandir, s'il garde le moindre doute sur l'intégrité de l'espace, sur l'existence d'une compression radiculaire.

Ainsi cette technique s'est révélée suffisante dans 276 cas. Elle a été complétée parfois par la résection des apophyses articulaires, tantôt parce que celles-ci présentaient des lésions d'arthrose évidentes, tantôt dans le seul but de faciliter l'exploration.

Au cours des premières interventions surtout, des voies d'abord plus larges ont été utilisées, comportant une hémi laminectomie (43 cas) ou une laminectomie (97 cas).

Enfin, exceptionnellement, le chirurgien s'est contenté de réséquer les apophyses épineuses (13 cas), qu'il a parfois remises en place après l'intervention (6 cas).

Voies interlaminaires.....	276
Hémi laminectomies	43
Laminectomies	97
Résections des apophyses épineuses :	
Définitives	7
Temporaires	6
Nombre total d'interventions.....	429
Non compris les simples désinsertions des masses sacro-lombaires	6
	435

LES DIFFÉRENTS TYPES D'INTERVENTION

Dans 250 cas, l'ablation de la hernie discale, le curetage d'un disque saillant constituèrent la seule modalité opératoire.

Dans 9 cas l'ablation du disque a été suivie de greffe, et dans 9 cas suivie ou précédée d'une radicotomie, soit un total de 268 discopathies.

Nous n'étudierons les résultats que pour 215 malades ayant été revus ou ayant répondu au questionnaire (respectivement 199, 7 et 9).

Dans 167 autres interventions, 6 comportèrent une désinsertion des masses sacro-lombaires, 93 une exploration simple, enfin dans 17 cas cette dernière fut suivie d'une greffe et dans 51 cas d'une radicotomie.

Ces chiffres se trouvent résumés dans le tableau suivant :

Ablation simple du disque.....	250
Ablation suivie de greffe.....	9
Ablation suivie ou précédée de radicotomie.....	9
Exploration négative suivie de greffe.....	17
Exploratoïn négative suivie de radicotomie.....	51
Exploration simple.....	93
Désinsertion des masses sacro-lombaires.....	6
	435

Ils nous suggèrent quelques réflexions :

I. — Le nombre assez important des cas dans lesquels l'intervention fut « simple » : exploration et ablation du disque.

II. — Le nombre assez élevé des radicotomies que M. le Professeur WERTHEIMER, dans les débuts de cette chirurgie, réalisait volontier lorsque l'exploration était négative.

Sur cet ensemble de 60 radicotomies, 46 furent des radicotomies simples portant sur les racines L⁵ S¹ :

- une fut une radicotomie itérative (obs. 235 citée page 23) ;
- deux furent accompagnées de libération radiculaire avec ouverture de la dure-mère.

OBSERVATION n° 251, W. 9.911.

L... — Lombo-sciatique gauche.

6 mars 1946 : intervention. Lésions très nettes au niveau des surfaces articulaires des articulations intervertébrales L⁴ L⁵. Libération radiculaire. Ouverture de la dure-mère. Pas de disque. Radicotomie postérieure de la racine L⁵ S¹.

Malade perdu de vue.

OBSERVATION n° 342, H. XVII, page 230.

R..., 51 ans. — Sciatique rebelle. Aspect inflammatoire de l'espace épidural. Ouverture de la dure-mère. On retire une quantité importante de lipiodol. Racines agglomérées par un feutrage serré. Pas de saillie discale. Section de la racine L⁵ S¹.

Malade perdu de vue.

— Sept radicotomies furent associées à l'ablation d'une hernie discale ou au curetage du disque :

OBSERVATION n° 23, H. XXX, page 34.

B..., 50 ans. — Sciatique droite accompagnée de paralysie du sciatique poplité externe.

13 février 1948 : laminectomie L⁴ L⁵. Ouverture de la dure-mère. Saillie discale L⁴ L⁵ très dure. Curetage. Radicotomie.

Malade perdu de vue.

OBSERVATION n° 35, F. XIV, page 204.

B..., 26 ans. — Sciatique rebelle.

9 juillet 1943 : saillie du disque L⁵ S¹. Curetage. Section de la racine sensitive correspondante.

Résultat satisfaisant.

OBSERVATION n° 50, H. XXI, page 127.

B..., 50 ans. — Sciatique gauche rebelle.

25 avril 1945 : saillie du disque L⁴ L⁵. Curetage. Radicotomie.

Bon résultat.

OBSERVATION n° 68.

Malade du pavillon F. — C..., 61 ans. — Sciatique droite.

17 août 1944 : laminectomie. Hernie du disque L⁴ L⁵. Section de la deuxième racine sacrée.

Excellent résultat.

OBSERVATION n° 130, H. XXIX, page 98.

D..., 27 ans. — Sciatique droite.

2 mars 1948 : protrusion du disque L⁵ S¹. Hémilaminectomie. Radicotomie S¹.

Bon résultat.

OBSERVATION n° 164, W. 9.909.

F..., 47 ans. — Sciatique gauche rebelle.

13 mars 1946 : légère saillie médiane du disque L⁴ L⁵. Curetage. Radicotomie.

Bon résultat.

OBSERVATION n° 291, H. XXV, page 83.

N..., 44 ans. — Sciatique droite rebelle.

11 septembre 1946 : laminectomie L⁴. Hernie discale L⁴ L⁵. Radicotomie L⁴. Excellent résultat.

— Il nous faut signaler que deux radicotomies suivies d'échecs obligèrent à une réintervention qui, dans les deux cas, dévoila la présence d'une hernie discale (obs. n°s 125, 149, citées page 22) et que, par contre une radicotomie fut secondairement pratiquée avec un bon résultat

après l'échec d'une exploration (obs. n° 369, citée également page 24) ; une autre, avec un mauvais résultat après l'ablation d'une hernie discale (obs. n° 344, citée page 23).

III. — Le nombre restreint des greffes.

Vingt-six greffes seulement furent réalisées au cours des 435 interventions (6 %).

Certaines étaient rendues nécessaires par des malformations vertébrales congénitales ou acquises.

— Dans deux cas, il s'agissait d'anomalies de la charnière lombo-sacrée :

OBSERVATION n° 221, H. XXXII, page 42.

W..., 44 ans. — Sciatique gauche accompagnée de lombalgies.

Sacralisation de L⁵ unilatérale. Pincement L⁴ L⁵.

18 octobre 1948 : laminectomie L⁵. Procidence du disque L⁴ L⁵ que l'on curette. Greffon iliaque L³ S¹.

Excellent résultat.

OBSERVATION n° 140, H. XXX, page 145.

B..., 50 ans. — Sciatique gauche rebelle. Six vertèbres lombaires.

7 mai 1948 : exploration. Disque L⁵ S¹ légèrement procident. Curetage. Greffon iliaque.

Excellent résultat.

— Dans un cas, il s'agissait d'une grande scoliose lombaire :

OBSERVATION n° 93, F. XXV, page 227.

Z..., 28 ans. — Sciatique droite. Enorme déformation de la colonne lombaire.

17 janvier 1949 : laminectomie L⁴ L⁵. Ablation d'une hernie discale L⁵ S¹. Greffe iliaque.

Excellent résultat.

— Dans deux cas, il s'agissait de spondylolisthésis :

OBSERVATION n° 5, F. XXXII, page 246.

A..., 56 ans. — Sciatique droite rebelle. Spondylolisthésis de L⁵.

8 novembre 1951 : laminectomie de L⁵. Pas de hernie discale. Greffe d'os de veau à la Bosworth.

Mauvais résultat.

OBSERVATION n° 268, H. XX, page 48.

W..., 46 ans. — Sciatique gauche rebelle. Spondylolisthésis de L⁵. Séquelle de fracture de D¹².

10 juillet 1946 : laminectomie de L⁵. Exploration négative. Greffon tibial de L³ à S¹.

Bon résultat.

— Dans deux cas, il s'agissait de vertèbres mobiles :

OBSERVATION n° 260, W. 11.865.

M..., 27 ans. — Lombo-sciatique gauche.

7 février 1949 : exploration : pas de hernie discale. Cinquième vertèbre lombaire très mobile. Greffon taillé aux dépens du sacrum que l'on bascule au niveau de L⁵ S¹.

Excellent résultat.

OBSERVATION n° 319, H. XXV, page 254.

P..., 43 ans. — Sciatique gauche avec lombalgies.

10 juin 1952 : exploration : pas de hernie discale. Mobilité de la cinquième lombaire. Greffe à la Bosworth.

15 décembre 1952 : nouvelle intervention. Greffe mobile, aspect de séquestre. Ablation. Mise en place d'un greffon spongieux dense.

Mauvais résultat.

— La greffe a été employée également pour compléter une laminectomie partielle ou totale (six cas), ou parce que la radiologie avait montré des lésions d'arthrose plus ou moins étendues (onze cas).

— Enfin, dans deux cas, une greffe fut pratiquée après échec d'une première intervention (obs. n°s 80 et 318, voir pages 23 et 24).

LES CONSTATATIONS OPÉRATOIRES

Déduction faite d'un décès pré-opératoire et de 6 ruginations musculaires, 401 malades ont été soumis à une seule exploration rachidienne. Les constatations opératoires furent les suivantes :

257 lésions discalès, dont :

215 hernies et protrusions ;

23 disques saillants ;

19 disques malades.

Dans certains de ces cas, la hernie discale était associée à des lésions d'arthrose.

31 cas de lésions diverses, dont :

6 saillies osseuses, causes probables de compression ;

5 cas d'arthrose manifeste ;

6 cas de dilatations variqueuses ou angiomateuses des veines épidurales ;

3 cas de mobilité vertébrale anormale ;

2 cas où le ligament jaune était très épais ;

6 cas ayant nécessité la libération de racines ;

3 cas de lésions d'arachnoïdite, alors que l'exploration lipiodolée n'avait pas été employée.

113 explorations négatives.

Quatorze de nos malades ont dû subir une deuxième intervention, pour récédive ou rechute.

Les constatations opératoires sont résumées dans le tableau suivant :

OBSERVATIONS	PREMIÈRE INTERVENTION	DEUXIÈME INTERVENTION
N° 89.....	Exploration négative.	Hématome sous-dural.
N° 80.....	Veines épidurales variqueuses.	Aspect angiomateux des veines épidurales.
N° 125.....	Exploration négative.	Hernie discale L ⁵ S ¹ .
N° 138.....	Exploration négative.	Hernie discale L ⁵ S ¹ .
N° 149.....	Exploration négative.	Hernie discale L ⁵ S ¹ .
N° 155.....	Hernie discale L ⁵ S ¹ .	Exploration négative.
N° 156.....	Exploration négative.	Exploration négative.
N° 235.....	Ligament jaune fibreux compressif.	Exploration négative.
N° 305.....	Disque L ⁵ S ¹ saillant.	Arachnoïdite.
N° 318.....	Hernie discale L ⁵ S ¹ .	Exploration négative.
N° 344.....	Hernie discale L ⁵ S ¹ .	Exploration négative.
N° 369.....	Varices des veines épidurales.	Exploration négative.
N° 370.....	Hernie discale L ⁴ L ⁵ .	Hernie discale L ⁵ S ¹ .
N° 372.....	Hernie discale L ⁴ L ⁵ .	Hernie discale L ⁵ S ¹ .

— Ainsi dans deux cas fut découvert à nouveau une hernie discale de localisation différente (il s'agissait de rechute) :

OBSERVATION n° 370, H. XLIV, page 141.

S..., 32 ans. — Sciatique gauche d'effort.
 12 avril 1948 : ablation d'une hernie discale L⁴ L⁵.
 Bon résultat. Récidive à la suite d'un effort.
 12 mai 1952 : laminectomie. Ablation d'une hernie L⁵ S¹.
 Bon résultat. Malade satisfait.

OBSERVATION n° 372, H. XXV, page 61.

S..., 35 ans. — Lombo-sciatique bilatérale d'effort.
 7 août 1946 : laminectomie L⁴ et L⁵. Exérèse d'une hernie discale L⁴ L⁵.
 Bon résultat. Récidive en novembre 1947.
 29 janvier 1948 : ablation d'une hernie L⁵ S¹.
 Bon résultat. Malade satisfait.

— Dans trois cas, alors que la première exploration avait été négative, la seconde a mis en évidence une hernie discale :

OBSERVATION n° 125, H. XXV, page 101.

D... Laurent, 25 ans. — Sciatique droite rebelle.
 25 septembre 1946 : laminectomie. Exploration négative. Radicotomie de L⁵.
 Amélioration, puis récidive.
 25 juillet 1947 : exérèse d'une hernie discale L⁵ S¹.
 Résultat éloigné excellent, malade satisfait.

OBSERVATION n° 138, H. XXV, page 238.

D... Louis, 37 ans. — Sciatique gauche succédant à un traumatisme.
5 mars 1947 : laminectomie L⁴ L⁵, exploration négative.
Persistance des douleurs. Radiographie : L⁵ très encastré entre les ailes iliaques, la laminectomie a porté sur L⁵ L⁴.
19 décembre 1947 : ablation d'une hernie L⁵ S¹.
Bon résultat éloigné, malade très satisfait.

OBSERVATION n° 149, H. XXVII, page 280.

X..., 30 ans. — Sciatique gauche récidivante.
26 décembre 1947 : exploration négative, radicotomie de L⁵, persistance des douleurs après une brève amélioration.
18 juillet 1951 : ablation d'une hernie discale L⁵ S¹.
Bon résultat éloigné, malade très satisfait.

— Dans six cas, la réintervention a été négative :

OBSERVATION n° 155, H. XXX, page 244.

F..., 47 ans. — Sciatique précédée de lombalgies.
23 juillet 1948 : ablation d'une hernie L⁵ S¹. Bon résultat.
Lombo-sciatique gauche en avril 1949.
27 juin 1949 : exploration négative.
Le malade est parti sans laisser d'adresse.

OBSERVATION n° 156, H. XXXVI, page 296.

F..., 27 ans. — Lombo-sciatique droite.
6 avril 1950 : exploration négative. Persistance de la sciatique.
7 mars 1951 : laminectomie, exploration négative.
Bon résultat, malade satisfait.

OBSERVATION n° 235, H. XXV, page 107.

L..., 27 ans. — Sciatique droite rebelle.
3 octobre 1946 : laminectomie. Ligament jaune fibreux, compressif. Radicotomie de L⁵.
Amélioration passagère. Myélographie gazeuse : disque L³ L⁴.
27 janvier 1947 : exploration négative. Radicotomie de L⁴. Amélioration progressive.
Malade satisfait malgré un léger steppage et une colonne enraidie.

OBSERVATION n° 318, H. XXX, page 83.

P..., 23 ans. — Sciatique gauche.
18 mars 1948 : laminectomie. Ablation d'une hernie discale L⁵ S¹.
Récidive après six mois.
21 novembre 1949 : exploration négative, greffe.
Mauvais résultat.

OBSERVATION n° 344, H. XXX, page 262.

R..., 41 ans. — Sciatique gauche depuis trois ans.
6 août 1948 : ablation d'une hernie discale L⁵ S¹.
Douleur partiellement disparue, mais récidive.
23 juin 1949 : laminectomie L⁴ L⁵. Exploration négative. Radicotomie de S¹.
Mauvais résultat.

OBSERVATION n° 369, F. XXII, page 100.

S..., 22 ans. — Sciatique droite post-traumatique.

19 octobre 1942 : varices des veines épidurales. Pas de hernie.

Persistence de la névralgie.

29 novembre 1942 : exploration négative. Radicotomie L⁴ L⁵.

Résultat excellent. Malade très satisfait.

— Dans un cas on a retrouvé la dilatation veineuse déjà constatée :

OBSERVATION n° 80, H. XXXIV, page 108.

X..., 49 ans. Sciatique droite précédée de lombalgies.

29 novembre 1948 : exploration, pas de hernie, veines épidurales variqueuses.
Aucune amélioration.

16 juin 1949 : laminectomie de L⁵. Aspect angiomateux des veines épidurales : greffe.

17 décembre 1949 : disparition des douleurs. Réapparition des réflexes achilléens et rotuliens.

Résultat éloigné excellent, malade très satisfait.

— Enfin, deux réinterventions ont montré des complications imputables aux interventions précédentes : un hématome sous-dural ; une arachnoïdite, bien que cette dernière ait pu ne pas être remarquée lors de la première intervention.

OBSERVATION n° 89, W. II, 559.

C..., 41 ans. — Sciatique gauché précédée de lombalgies.

22 septembre 1948 : exploration négative. Radicotomie de S¹. Persistence des douleurs. Dissociation albumino-cytologique du L. C. R., arrêt du lipiodol en L⁴.

11 octobre 1948 : incision L³ L⁴ ; hématome sous-dural, caillot organisé, sang ancien.

Résultats éloignés excellents, malade très satisfait.

OBSERVATION n° 305, H. XLII, page 134.

P..., 25 ans. — Lombo-sciatique droite consécutive à un effort.

25 juillet 1951 : disque L⁵ S¹ saillant. Libération de la cinquième racine lombaire, amélioration passagère.

14 décembre 1951 : lipiodol, image d'arachnoïdite. Exploration : arachnoïdite assez dense, peignage des racines.

Mauvais résultat.

Il apparaît que sur un ensemble de 421 malades, 263 disques — hernies ou procidents — ont été trouvés lors d'une première intervention et 5 lors d'une seconde. Trois parce qu'ils avaient passé inaperçu, deux parce qu'il s'agissait de rechutes. C'est dire que sur 421 malades nous avons trouvé 263 disques alors que nous aurions pu en trouver 266.

Le pourcentage réel de disques — hernies ou procidents — s'établit donc à 63 %.

Que penser de ce pourcentage ? Est-il fonction de la technique ?

Il est certain qu'un opérateur entraîné à cette chirurgie a beaucoup plus de chance de ne pas laisser passer une hernie discale. Cependant il nous faut remarquer que tous ces malades ont été opérés par la même

équipe chirurgicale rompue à cette technique, et que les résultats n'ont pas varié, sauf dans les débuts — en fonction de l'expérience.

Voici par années, le nombre d'interventions, le nombre de discopathies, avec le pourcentage :

Années	Interventions	Discopathies	Pourcentages
1941.....	1	0	0
1942.....	7	0	0
1943.....	10	2	20 %
1944.....	9	5	55 %
1945.....	15	5	30 %
1946.....	38	21	55 %
1947.....	45	28	62 %
1948.....	66	52	79 %
1949.....	56	28	50 %
1950.....	57	37	65 %
1951.....	49	33	67 %
1952.....	57	37	65 %
1953 (1 ^{er} semestre)...	25	20	80 %

En fait, rien n'est plus variable que la proportion de hernies discales donnée par les différents auteurs, par rapport au nombre de sciaticques opérées.

GUILLAUME et JANNY, sur 1.012 observations ont trouvé une maladie discale dans 93 % des cas.

PETIT-DUTAILLIS et PERTUISET, sur 250 sciaticques rebelles, dénombrent 185 hernies discales, soit 74 %.

CRAWFORD et MITCHELL (de Détroit), sur 346 cas de lumbagos avec irradiations sciaticques, ont trouvé 40 % de hernies discales, 20 % de protrusion. Les 131 cas restants concernent des tumeurs ou des compressions d'autre cause. C'est dire que leur statistique n'est pas homogène et paraît associer à de véritables sciatalgies radiculaires des syndromes de la queue de cheval.

Alors que GURDJEAN trouve 168 maladies du disque sur 196 cas opérés, LINGREN 420 sur 500, des auteurs comme KROLL, sur 170 cas, ne relèvent que 57 protrusions ou hernies discales. La diversité de ces chiffres doit nous faire admettre que là, comme souvent en chirurgie, les auteurs ne s'adressent pas aux mêmes cas et ne partent pas tous des mêmes éléments statistiques, et aussi ne pèsent peut-être pas tous leurs indications avec la même rigueur. Un examen préalable rigoureux, méthodique et répété, constitue une donnée essentielle qu'on ne saurait transgresser sous peine de fausser le problème de la sciaticque chirurgicale.

MORTALITÉ PER ET POST-OPÉRATOIRE

Au cours de ces 435 opérations nous déplorons sept décès, soit une mortalité opératoire de 1,6 %, pourcentage qui peut paraître élevé dans cette chirurgie.

Voici les observations de ces décès :

OBSERVATION n° 37, H. XXII, page 280.

B..., 62 ans. — Sciatique droite particulièrement aiguë et rebelle, entraînant une insomnie et un arrêt du travail.

21 novembre 1945 : veines épidurales d'aspect angiomateux. Radicotomie L⁵ S¹.

Complication pulmonaire post-opératoire entraînant une asystolie.

Décès le 28 novembre 1945.

OBSERVATION n° 53, H. XLVII, page 283.

B..., 31 ans. — Sciatique gauche récidivante.

26 décembre 1952 : ablation d'une hernie discale L⁵ S¹.

3 janvier 1953 : syndrome méningé. Culture du L. C. R. : staphylocoques.

Décès le 7 janvier 1953.

OBSERVATION n° 62, H. XXIII, page 273.

B..., 36 ans. — Sciatique récidivante.

17 mai 1946 : ablation d'une hernie discale L⁵ S¹.

Mort par syncope per-opératoire.

OBSERVATION n° 70, F. XXIX, page 134.

Car..., née B..., 40 ans. — Lombo-sciatique d'effort apparue en juillet 1950.

31 octobre 1950 : hémilaminectomie L⁵. Exploration discale négative. Veines épidurales dilatées, source d'hématomes importants.

Persistance des douleurs avec tendance à l'aggravation, suppuration, paralésie flasque. Diagnostic d'épidurite suppurée.

10 novembre 1950 : laminectomie L², présence de pus dans l'espace épidural.

Mise à plat. Décès le 9 décembre 1950.

Autopsie : myélite suppurée.

OBSERVATION n° 166, H. XXVII, page 44.

F..., 35 ans. — Lombo-sciatique droite d'effort.

30 juin 1947 : ablation d'une hernie L⁵ S¹.

Shock post-opératoire traité par transfusions, anurie post-transfusionnelle.

Décès.

OBSERVATION n° 42, H. XLVII, page 47.

L..., 27 ans. — Sciatique à bascule avec lombalgies associées.

8 août 1952 : laminectomie L⁵ ; disques normaux.

Syncope anesthésique. Mort.

OBSERVATION n° 212, H. XXVII, page 157.

J..., 52 ans. — Sciatique droite rebelle.

29 septembre 1947 : résection des apophyses épineuses L⁴ L⁵. Ouverture de l'espace L⁴ L⁵. Ablation d'une hernie discale. Mise en place de deux greffons.

Ballonnements quarante-huit heures après l'intervention. Hémorragie méningée.

Décès.

Ainsi, deux de nos malades sont morts de syncope anesthésique, un de shock post-opératoire et un d'hémorragie méningée ; deux sont morts d'infection de la moelle et des méninges ; quant au dernier, il est mort de complications pulmonaires et d'asystolie terminale. L'âge de ce malade et le terrain auraient pu constituer une contre-indication, mais l'intervention fut pratiquée presque à la demande du malade, dont la sciatique, rebelle depuis de longues années, entraînait l'insomnie et l'arrêt du travail presque continu.

Nous devons également relater le décès, à la suite d'une exploration rachidienne et radiologique (ombradyl) pré-opératoire, d'une femme de 44 ans (obs. 107, F. XXI, page 125). Ceci nous montre avec quelle prudence on doit avoir recours à l'exploration rachidienne au moyen de substance opaque, quoique puissent en penser certains auteurs américains tels que SWIEN, DODGE et CLOWARD, qui la considèrent comme nécessaire au diagnostic.

LES COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

Nous pouvons envisager les complications post-opératoires des 436 interventions en deux catégories : les complications aiguës et transitoires et les complications durables génératrices de séquelles.

1° *Les complications aiguës et transitoires :*

Parmi les unes, banales, nous relevons des hématomes ou suppurations pariétales dans 43 cas, soit plus de 10 % ; cinq fistules temporaires avec écoulement de liquide céphalo-rachidien dû, dans tous ces cas, à l'ouverture de la dure-mère accidentelle (deux cas) ou volontaire (trois cas) ; des désunions prolongées (quatre, dont une avec sphacèle) ; des réactions méningées dans onze cas, consécutives trois fois à une plaie accidentelle reconnue, cinq fois à une incision de la dure-mère ; enfin deux cystites et quelques petits troubles parétiques passagers.

Parmi les autres, plus graves, parfois mortelles, nous distinguons :

— Trois méningites (obs. n^{os} 24, 53, 70) : l'une à staphylocoques dorés, étant peut-être la cause d'un mauvais résultat ; les deux autres ayant entraîné le décès (voir page 26).

— Une hémorragie méningée mortelle (obs. 212, page 26).

— Une parotidite suppurée (obs. 204).

— Trois complications pulmonaires (obs. n^{os} 33, 37, 71 : l'une mortelle (voir page 26).

2° *Les complications durables et génératrices de séquelles sont constituées par :*

— Trois phlébites qui, malgré un traitement anticoagulant, ont laissé un œdème résiduel parfois douloureux (obs. n^{os} 27, 193, 348) n'ayant cependant pas compromis le résultat lointain qualifié actuellement par les malades d'excellent dans un cas, de bon dans les deux autres cas.

— Quatre ostéites dont deux survenues au niveau du greffon, une autre au niveau du lit tibial du greffon, et la quatrième au niveau des lames vertébrales L⁴ L⁵ consécutive à un hématome suppuré. En voici les observations :

OBSERVATION n° 25, F. XXX, page 268.

B..., 33 ans. — Sciatique droite rebelle, lombalisation de S¹, modification de l'implantation du pédicule droit de L⁵.

13 mars 1952 : exploration : quatrième vertèbre lombaire mobile. Greffe iliaque.

Clocher thermique, surinfection au staphylocoque doré et au pyocyanique.

9 mai 1952 : résorption du greffon à sa partie moyenne. Cicatrisation.

17 mars 1953 : persistance de la sciatique. Pseudarthrose du greffon avec fracture de l'apophyse épineuse.

27 avril 1953 : intervention ; avivement, mise en place de fragments iliaques.

OBSERVATION n° 266, W. 11.295.

Mas...

21 avril 1948 : résection des deux épineuses L⁴ et L⁵. Ablation d'un gros disque hernié L³ L⁴. Greffon iliaque. Fistule de la cicatrice, douleur dans le membre inférieur droit.

5 juillet 1948 : ablation d'un séquestre.

21 septembre 1948 : ablation du greffon.

OBSERVATION n° 309.

Pez... — Greffe de la colonne, par la suite ostéomyélite au niveau du lit du greffon. Résultat médiocre.

OBSERVATION n° 387.

X...

12 décembre 1952 : ablation d'une hernie discale L⁵ S¹. Hématome suppuré. Ostéite L⁴ L⁵. Hospitalisé au pavillon E. Ce malade n'a pas repris son travail.

— Un hématome sous-dural :

OBSERVATION n° 89.

C..., 41 ans. — Sciatique gauche précédée de lombalgies.

22 septembre 1948 : exploration négative, radicotomie de S¹.

Persistance des douleurs. Dissociation albumino-cytologique du L. C. R., arrêt du lipiodol en L⁴.

11 octobre 1948 : incision L³ L⁴ ; hématome sous-dural, caillot organisé, sang ancien.

Résultats éloignés excellents, malade très satisfait.

— Une arachnoïdite :

OBSERVATION n° 305, H. XLII, page 134.

P..., 25 ans. — Lombo-sciatique droite consécutive à un effort.

25 juillet 1951 : disque L⁵ S¹ saillant. Libération de la cinquième racine lombaire, amélioration passagère.

14 décembre 1951 : lipiodol : image d'arachnoïdite. Exploration : arachnoïdite assez dense, peignage des racines.

Mauvais résultat éloigné.

Enfin, dans onze cas, des troubles paralytiques, plus particulièrement dans le domaine du sciatique poplité externe, dont voici les observations :

OBSERVATION n° 322, H. XLV, page 57.

P..., 31 ans. — Lombo-sciatique gauche par effort, accompagnée d'un syndrome de la queue de cheval.

9 janvier 1952 : laminectomie L⁴. Ablation d'une hernie discale L⁴ L⁵, évacuation du lipiodol.

I. P. P. 15 %. Séquelles motrices du sciatique poplité externe.

Le malade est satisfait mais le résultat est médiocre.

OBSERVATION n° 352, W. 12.732.

S..., 58 ans. — Lombo-sciatique droite.

28 mai 1950 : ablation d'une hernie discale L⁵ S¹.

7 juillet 1950 : parésie du sciatique poplité externe.

Actuellement, paralysie du sciatique poplité externe.

Mauvais résultat.

OBSERVATION n° 163, H. XXXIV, page 101.

F..., 46 ans. — Lombo-sciatique bilatérale à prédominance droite.

1^{er} juin 1949 : hémilaminectomie. Ablation d'une hernie discale L⁴ L⁵.

Parésie bilatérale du triceps sural et du fléchisseur des orteils à droite.

Résultat médiocre.

OBSERVATION n° 48, H. XXXIV, page 264.

B..., 28 ans. — Sciatique gauche avec lombalgies.

28 septembre 1949 : exploration négative. Saillie du rebord des corps vertébraux.

Paralysie du sciatique poplité externe. Léger steppage.

Malade satisfait. Assez bon résultat.

OBSERVATION n° 235, H. XXV, page 107.

L..., 27 ans. — Déjà cité dans les réinterventions, page

OBSERVATION n° 393, F. XXXIV, page 264.

T..., 20 ans. — Sciatique droite, échec du traitement médical.

29 juin 1952 : exploration ; pas de hernie, mais état dystrophique du disque L⁵ S¹. Veines épidurales dilatées. Gaine de S¹ adhérente au disque.

Paralysie du sciatique poplité externe. Steppage.

Mauvais résultat.

OBSERVATION n° 136, F. XXVIII, page 17.

D..., 35 ans. — Sciatique gauche.

16 janvier 1950 : hernie L⁴ L⁵. Section partielle de la racine de L⁵. Hématome suppuré. Rétention vésicale. Constipation. Syndrome de la queue de cheval.

Septembre 1951 : paralysie du sciatique poplité externe. Troubles sphinctériens anaux et vésicaux.

Mauvais résultat.

OBSERVATION n° 190, W. 13.060.

G..., 48 ans. — Sciatique droite.

2 janvier 1951 : hernie discale L⁵ S¹. Ablation.

Réaction méningée fébrile. Parésie du membre inférieur gauche. Steppage.

Malade satisfait. Mauvais résultat.

OBSERVATION n° 276, H. XL, page 49.

M..., 55 ans. — Lombo-sciatique gauche.

23 novembre 1951 : exploration négative. Curetage des disques L⁴ L⁵ et L⁵ S¹.
Pas d'amélioration. Paralyse dissociée du sciatique poplité externe.

12 juin 1951 : paralysie du sciatique poplité externe non compris le jambier antérieur.

Malade non retrouvé.

OBSERVATION n° 210, W. 10.069.

Sciatique gauche.

24 juillet 1946 : laminectomie L⁴ L⁵. Hernie discale L⁴ L⁵. Parésie persistante du sciatique poplité externe.

Atrophie et paralysie de la jambe.

Résultat médiocre.

OBSERVATION n° 273, H. XXXVI, page 128.

M..., 50 ans. — Sciatique droite récidivante.

9 novembre 1950 : exploration, pas de hernie discale. Spondylarthrose. Parésie du sciatique poplité externe.

Septembre 1951 : paralysie du jambier antérieur.

Malade satisfait, mais résultat médiocre.

Il est bien entendu que nous avons exclu de ce groupe les sciatiques dites paralysantes qui comportaient déjà avant l'intervention un déficit moteur important et qui n'ont le plus souvent pas été améliorées par la thérapeutique chirurgicale. Il s'agissait donc de malades souffrant de sciatiques radiculaires banales (par atteinte de la cinquième racine lombaire aussi bien que de la première sacrée), chez lesquels, immédiatement après l'intervention, s'est manifestée une paralysie motrice. Le domaine de l'atteinte paralytique se limitait tantôt aux muscles de la loge antéro-externe de la jambe, tantôt aux muscles du mollet. Dans une observation, il s'étendait aux deux membres inférieurs. Enfin si les troubles sphinctériens ont été observés, c'est en général à titre transitoire, et ils s'accompagnaient, dans ce cas, d'impuissance.

Il est très difficile de se faire une idée exacte de la cause de ces séquelles motrices. En raison de leur apparition immédiatement après l'intervention, on a pu incriminer un geste maladroit en cours d'opération (appui d'écarteur, tiraillement de racines). En fait, de tels incidents ne se retrouvent pas dans les cas étudiés ici et, faute de réintervention, on peut se demander si un certain nombre de ces séquelles ne se rattachent pas à des hématomes post-opératoires ou à des réactions inflammatoires.

CHAPITRE III

DURÉE DE L'HOSPITALISATION ET ARRÊT TEMPORAIRE DU TRAVAIL

Sur 168 cas d'intervention pour lésion discale pour lesquels nous avons pu déterminer avec précision la durée moyenne d'hospitalisation, celle-ci fut de vingt-huit jours. Pour 96 interventions où il ne fut pas trouvé de discopathie, nous avons constaté le même chiffre.

Quelle que soit son étiologie, la sciatique traitée chirurgicalement nécessite donc une hospitalisation d'une moyenne d'un mois. Il est bien entendu que les greffes ne sont pas comprises dans cette appréciation.

Le temps d'arrêt du travail, d'un grand intérêt, n'a pu être déterminé que d'après les réponses au questionnaire. Dans les cas d'atteinte discale, l'arrêt du travail avant l'intervention s'élevait d'après 178 réponses à 896 mois, soit une moyenne de 5 mois 14 jours par individu. L'arrêt après l'intervention chez 182 sujets s'élevait à 843 mois, soit 4 mois 24 jours.

Dans les autres cas, greffes exceptées, 97 malades accusent :

- avant l'intervention : un arrêt de travail total de 532 mois, soit un arrêt moyen de 5 mois 14 jours ;
- après l'intervention : un arrêt de travail total de 573 mois, soit un arrêt moyen de 6 mois 7 jours.

Là encore, nous ne constatons pas de différence notable d'arrêt du travail entre les deux catégories d'opérés. Nous pouvons tout au plus signaler que la moyenne des convalescences des discopathies est plus courte d'un mois et demi que celle des autres sciatiques.

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

LES RÉSULTATS GLOBAUX

Les réponses au questionnaire et les examens nous ont permis de classer les résultats sous deux rubriques : d'une part, le résultat apprécié par le patient ; d'autre part, le résultat apprécié par le chirurgien.

Nous avons considéré comme :

- 1° très satisfaits, les opérés qui se déclaraient très heureux du résultat obtenu et estimaient le pourcentage de leur guérison égal ou supérieur à 80 % ;
- 2° satisfaits, ceux qui, avec quelques réticences, admettaient une nette amélioration évaluée par eux-mêmes entre 50 et 80 % ;
- 3° mécontents, ceux qui se déclaraient non soulagés ou même aggravés et considéraient leur résultat comme insuffisant.

Notre échelle d'appréciation a nécessairement comporté des degrés plus nombreux, en raison de la variété des résultats et des bases de leur évaluation.

Nous avons estimé excellents ceux obtenus chez les sujets qui n'éprouvaient plus aucune lombalgie ou sciatalgie et avaient repris leurs activités antérieures, ne conservant aucun reliquat.

Nous avons qualifié de très bons les résultats caractérisés par l'absence de douleurs sciatiques, la persistance de discrètes et passagères lombalgies à la suite d'efforts prolongés.

Les bons résultats se définissent également par l'absence de récurrence de la sciatique, mais la persistance de fatigabilité et de reliquats objectifs, tels que : raideur, aréflexie et amyotrophie. Les résultats assez bons se caractérisent par la récurrence temporaire de la sciatique et une gêne dans l'activité professionnelle, reconnue par le sujet.

Dans les résultats médiocres, nous avons classé les récurrences de sciatique ayant entraîné un changement de métier ou une invalidité sanctionnée par l'attribution d'une rente.

Les mauvais résultats comprennent les échecs complets, les aggravations, les séquelles à la fois douloureuses et motrices.

Voici les résultats globaux calculés sur un ensemble de 337 cas, car nous n'avons tenu compte que de l'avis des malades opérés depuis plus de trois mois :

Malades opérés.....	421
Décès opératoires.....	7
Opérés de moins de trois mois.....	25
N'ayant pas retourné leur questionnaire ou décédés entre temps.....	52
	84 84
Reste	337

Résultats :

Excellents	135
Très bons.....	24
Soit 47,2 % de guérisons complètes.	
Bons	68
Assez bons.....	44
Soit 33,2 % de bons résultats.	
Médiocres	39
Mauvais	27
Soit 19,6 % d'échecs.	
	337 337

Nous avons étudié séparément les résultats dans les interventions où une lésion discale avait été observée.

Sur 219 cas suivis, comprenant quatre décès post-opératoires, nous dénombrons :

- 94 excellents résultats.
- 15 très bons résultats.
- Soit 109 guérisons complètes (49,8 %).
- 42 bons résultats.
- 24 assez bons.
- Soit 66 résultats satisfaisants (30,1 %).
- 19 résultats médiocres.
- 25 mauvais résultats.
- Soit 43 échecs (20,1 %).

Ainsi, dans les sciatiques par lésions discales, la proportion de résultats excellents, très bons et satisfaisants, atteint 80 %, ce qui correspond au chiffre global.

En réalité, si le chiffre des bons résultats dans les discopathies semble ne pas être supérieur à celui obtenu dans les explorations, c'est parce

que dans ces dernières très souvent a été associée une radicotomie dont l'efficacité atténuée dans l'ensemble la note un peu plus pessimiste que donnerait l'étude de l'exploration seule. Nous y reviendrons en détaillant les résultats.

Quant aux appréciations des opérés, elles s'accordent pleinement avec les précédentes puisque, sur 337 réponses, 143 malades se déclarent très satisfaits (42,5 %), 150 satisfaits (44,5 %) et 44 non satisfaits (13,5 %).

Le tableau comparatif ci-dessous montre la différence d'appréciations entre le malade et le médecin :

<i>Malades :</i>		<i>Médecins :</i>	
Très satisfaits.....	42,5 %	Excellents résultats....:	47,2 %
Satisfaits	44,5 %	Bons résultats.....	33,2 %
Soit	87,0 %	Soit	80,4 %
Mécontents	13,0 %	Echecs	19,6 %

Certes, nous nous sommes montrés, dans l'appréciation du résultat, plus exigeants que nos opérés, et si les pourcentages de ces trois catégories diffèrent sensiblement, c'est parce que, d'une part, certains malades sont des pessimistes ou des revendicateurs difficiles à contenter, parce que, d'autre part, certains, bien que gardant quelque gêne occasionnelle ou quelques séquelles, se déclarent néanmoins satisfaits. Nous citons, par exemple, cet agent de police classé parmi les échecs après deux interventions, qui a repris son travail et s'estime satisfait malgré un léger steppage du pied droit.

Le questionnaire comportait également la question suivante : « Si vous aviez une sciatique de l'intensité de celle qui a déterminé l'opération, vous feriez-vous opérer à nouveau ? » Sur 320 réponses, 83,5 % des malades sont affirmatifs, 12,5 % ont répondu non, et 4 % demeurent indécis.

Que dire des résultats globaux. Une constatation frappante, c'est que quelle que soit la cause de la sciatique — discale ou non — plus de quatre malades sur cinq ont des résultats suffisamment appréciables pour qu'ils soient prêts à subir, s'ils y étaient obligés, une intervention de même ordre.

Si ces chiffres apportent une note plus pessimiste que celle donnée par MALLET, dans sa thèse qui englobe les 236 premières observations du Professeur WERTHEIMER, cela tient sans aucun doute à la rigueur avec laquelle nous avons classé nos résultats, puisque seulement 13 % de nos malades s'estiment non améliorés, alors qu'objectivement nous avons dénombré presque 20 % d'échecs.

Nous n'ignorons pas que PETIT-DUTAILLIS et PERTUISET rapportent 86 % de guérisons. DE SÈZE et J. GUILLAUME, 95 % de résultats bons ou satisfaisants. Ceci, là encore, est fonction sans doute de la manière dont est conduite l'enquête et de la clientèle observée. Cependant SICARD,

rapportant la statistique de JOUVE, dans sa communication à l'Académie de Chirurgie en 1947, donne :

83 % de guérisons dans les sciatiques discales ;
71 % de guérisons dans les sciatiques non discales ;
respectivement 12,5 et 19 % d'améliorations,
et seulement 4,5 et 10 % d'échecs.

Les auteurs étrangers donnent eux des résultats très variables.

KRAYENBÜHL, sur 450 cas suivis plus d'un an, compte 40 % de guérisons et 46 % d'améliorations.

POPPE, sur 400 cas, n'a que 38 % de résultats parfaits.

KIRSTEIN estime que 24 % seulement de ses malades n'ont plus aucun symptôme.

Par contre, ECHOLS (de Chicago), sur 109 ruptures discales, enregistre 91 % de bons résultats, mais il est vrai qu'il ne dit pas ce que sont advenus les 42 autres patients opérés pour sciatique compris dans cette même statistique.

Les auteurs danois BUSH et ANDERSEN, BROAGER et leurs collaborateurs, sur 738 malades, ont 70 % de bons résultats.

LINDGREN (de Stockholm) estime que 97 % des patients qu'il a opérés ont tiré bénéfice de l'intervention, mais que 81 % seulement sont très satisfaits.

La moitié des malades de ODELL, RAMSEY et KEY (de Birmingham) gardent des douleurs après l'intervention, ce qui n'empêche pas ces auteurs d'admettre qu'ils ont 90 % de résultats satisfaisants.

Nos chiffres peuvent être comparés à ceux que donnent GRANT, AUSTIN, FRIEDENBURG et HANSEN qui, pour 95 cas de discopathies, ont 77 % de résultats excellents ou satisfaisants.

CRAWFORD et MITCHELL (de Détroit) arrivent à 73 % de résultats favorables, mais ont 27 % de résultats médiocres ayant nécessité 39 réinterventions (leurs indications de greffe paraissent assez larges, puisqu'ils l'ont pratiquée 126 fois, dont 23 fois après échec de la première intervention, chez 346 malades).

Ainsi nos résultats avec plus de 80 % de résultats favorables s'inscrivent dans la moyenne des résultats ci-dessus rapportés. Il y aurait intérêt certes à établir une classification type pour les apprécier avec justesse — un peu à la manière de la classification établie par MERLE D'AUBIGNÉ dans les arthrites de hanche et suivie depuis par de nombreux auteurs.

CHAPITRE II

ANALYSE DES RÉSULTATS

LES RÉPERCUSSIONS PROFESSIONNELLES LES INCAPACITÉS PERMANENTES PARTIELLES

Il nous a été très difficile d'obtenir des renseignements précis sur l'attribution à nos malades, victimes d'un accident du travail, de rentes d'incapacité permanente.

En effet, nombre de décisions de caisses de sécurité sociale du régime général ou des régimes particuliers ne nous ont été communiquées que de façon très vague par les malades, tant en ce qui concerne l'imputabilité de la sciatique à un accident du travail que pour le taux exact de l'incapacité. Les indications que nous apportons n'offrent donc qu'une valeur statistique assez médiocre, néanmoins il n'est pas inutile de les relater.

Parmi nos malades, ceux qui nous ont déclaré être titulaires de rentes d'incapacité permanente partielle se répartissent ainsi :

Incapacité permanente partielle de 0 à 10 %.....	2
Incapacité permanente partielle de 10 à 20 %.....	9
Incapacité permanente partielle de 20 à 30 %.....	5
Incapacité permanente partielle de 30 à 40 %.....	3
Incapacité permanente partielle de plus de 40 %...	2

Nous signalons que nous avons compris dans ce tableau un de nos opérés qui bénéficie actuellement d'une rente d'incapacité permanente partielle de 70 % (ancien mineur qui n'a pas repris son travail en raison de lombalgies, mais ne présente pas de séquelles objectives justifiant une appréciation aussi large).

Les chiffres que fournit ce tableau ne s'écartent guère des taux mis en évidence par les diverses recherches statistiques sur les lombalgies et sciatiques non opérées.

CHANGEMENTS DE MÉTIER

La plupart des opérés ont repris leur activité antérieure ; cependant, dans une proportion réduite (3,5 %), un changement de métier s'est avéré nécessaire et quelques malades ont interrompu définitivement tout travail (3,8 %).

Les changements d'activité professionnelle s'expliquent d'ailleurs par deux ordres de motifs :

Cinq de nos opérés ont été incapables d'assurer leur ancien emploi, en raison d'un mauvais résultat fonctionnel confirmé.

Dix autres, pourtant guéris ou très améliorés, ont estimé plus prudent d'abandonner un travail pénible pour un métier plus doux.

Un terrassier et un ouvrier métallurgiste sont devenus balayeurs. Un mécanicien au tour a pris un travail assis. Un lamineur a préféré un emploi au Gaz de France. Un officier d'infanterie, réformé, s'est fait comptable. Un mineur et un ouvrier sont devenus, l'un garde-mine, l'autre garde-barrière, etc...

D'une manière générale, ces changements d'emploi se sont soldés par une diminution de salaire et de qualification professionnelle, mais il intervient dans ce domaine un tel facteur subjectif qu'on ne saurait faire de lui seul un élément d'appréciation.

ARRÊT DÉFINITIF DU TRAVAIL

Parmi les échecs nous comptons tous les malades qui n'ont pas repris leur travail et ce nombre est loin d'être négligeable puisqu'il s'élève à 16, soit 3,8 %. Certains de ces malades, qui nous ont déclaré n'avoir pas repris d'activité professionnelle, conservaient évidemment d'importants reliquats. Nous comptons parmi eux : trois greffes qui se sont compliquées de nécrose, une greffe pour spondylolisthésis, une paralysie du sciatique poplité externe post-opératoire encore en cours de traitement, un syndrome de l'épiconde, une arachnoïdite, trois sciatiques persistantes nullement modifiées par une exploration qui n'avait pas révélé la présence de lésions discales, enfin six sujets dont trois conservent une incapacité de travail sanctionnée par une rente de 15 à 20 %.

Cette simple énumération suffit à établir que la plupart de ces malades n'ont certes pas une incapacité physique totale et que des motifs indépendants des suites de l'intervention sont intervenus dans leur décision de cesser toute activité. Chez quelques-uns se rencontre un syndrome de persévération et une majoration consciente des troubles si fréquents chez les lombalgiques soumis à de trop longues séries d'épreuves thérapeutiques. Ce n'est pas parmi les catégories étudiées dans ce chapitre que nous trouvons en effet les plus importantes séquelles organiques.

LES RÉSULTATS SUIVANT LE SEXE ET L'ÂGE DU MALADE

Nos 422 malades se divisaient en 304 hommes et 118 femmes, soit un pourcentage de 72 % hommes.

Sur un total de 94 femmes, nous avons 55 % d'excellents résultats, 28 % de bons résultats et 17 % d'échecs.

Sur un total de 244 hommes, 41,5 % de très bons résultats, 37,5 % de bons résultats, 21 % d'échecs.

Les résultats classés suivant l'âge nous ont montré qu'il n'existait pas de rapport entre la qualité des résultats et l'âge. En effet, sur un total de 337 cas nous constatons :

Moins de 20 ans.....	8 cas
Excellents, 50 % ; bons, 25 % ; échecs, 25 %.	
De 20 à 30 ans.....	58 cas
Excellents, 36 % ; bons, 43 % ; échecs, 21 %.	
De 30 à 40 ans.....	106 cas
Excellents, 47 % ; bons, 36 % ; échecs, 17 %.	
De 40 à 50 ans.....	115 cas
Excellents, 49 % ; bons, 33 % ; échecs, 18 %.	
De 50 à 60 ans.....	44 cas
Excellents, 39 % ; bons, 34 % ; échecs, 27 %.	
Plus de 60 ans.....	6 cas
Excellents, 83 % ; bons, 17 %.	

LES RÉSULTATS ET LES MÉTIERS

Il apparaît logique que si la maladie discale est la conséquence fréquente d'un traumatisme, elle doit exister plus souvent chez les travailleurs fournissant de gros efforts.

Nous avons donc classé nos opérés suivant trois catégories :

Les travailleurs de force : mineurs, maçons, cultivateurs, etc... ;

Les travailleurs ordinaires : plombiers, serruriers, cultivateurs, femmes de service ;

Les employés sédentaires : comptables, employés de bureau, couturières.

Sur un total de 215 observations où est précisée la profession, nous trouvons 51 travailleurs de force (23,7 %), 125 ouvriers (58,1 %), 39 sédentaires (18,1 %).

Le travailleur de force ne paraît donc pas particulièrement touché par la discopathie. Conformément à nos observations faites au cours de cette enquête nous pensions que les résultats seraient en général meilleurs chez les travailleurs ordinaires et les employés sédentaires que chez les travailleurs de force, ceux-ci étant soumis, dès la reprise de leur activité, à des travaux souvent pénibles entraînant des efforts réitérés de la colonne lombaire. En réalité, le parallélisme entre les résultats et les métiers ne confirme pas cette opinion. En voici les chiffres extraits d'une étude de 307 cas :

Travailleurs de force :

Excellents : 29 cas, soit 49 % ; bons : 21 cas, soit 35,6 % mauvais : 9 cas, soit 15,3 %.

Travailleurs ordinaires :

Excellents : 88 cas, soit 47 % ; bons : 65 cas, soit 33,7 % ; mauvais : 36 cas, soit 19,3 %.

Sédentaires :

Excellents : 29 cas, soit 47,5 % ; bons : 18 cas, soit 29,5 % ; mauvais : 14 cas, soit 23 %.

Dans les interventions pour lésions discales, les pourcentages restent sensiblement les mêmes :

Travailleurs de force :

Excellents : 19 cas, soit 44 % ; bons : 8 cas, soit 39,5 % ; mauvais : 7 cas, soit 16,5 %.

Travailleurs ordinaires :

Excellents : 64 cas, soit 58 % ; bons : 32 cas, soit 29 % ; mauvais : 14 cas, soit 13 %.

Sédentaires :

Excellents : 19 cas, soit 52,8 % ; bons : 9 cas, soit 25 % ; mauvais : 8 cas, soit 22,2 %.

LES RÉSULTATS EN FONCTION DE LA DURÉE D'ÉVOLUTION DE LA SCIATIQUE

Il nous a paru intéressant d'étudier si le résultat variait en fonction de la durée d'évolution pré-opératoire de la sciatique. En effet, on peut se demander s'il n'y a pas un moment optimum pour intervenir, s'il n'y a pas dans son évolution une date pour laquelle les résultats sont les meilleurs.

Notre étude a porté sur un ensemble de 322 cas, résumés dans le tableau ci-dessous :

Temps séparant la première crise de l'intervention.

Cinq ans et plus.....	53 cas
Excellents : 28 cas, soit 52,8 % ; bons : 17 cas, soit 32 % ; échecs : 8 cas, soit 15,2 %.	
Trois ans et plus.....	34 cas
Excellents : 16 cas, soit 47 % ; bons : 11 cas, soit 32 % ; échecs : 7 cas, soit 20 %.	
Huit ans et plus.....	97 cas
Excellents : 47 cas, soit 48,5 % ; bons : 31 cas, soit 32 % ; échecs : 19 cas, soit 19,5 %.	
Moins d'un an.....	138 cas
Excellents : 62 cas, soit 45 % ; bons : 49 cas, soit 35,5 % ; échecs : 27 cas, soit 19,5 %.	

De ces données concernant les rapports des résultats avec l'âge, le sexe, le métier et l'évolution pré-opératoire, il ressort que :

- le résultat est légèrement meilleur chez la femme que chez l'homme ;
- les échecs sont moins fréquents chez l'opéré de 30 à 50 ans, alors qu'ils paraissent plus importants aux âges extrêmes ;
- le travailleur sédentaire, peut-être parce que plus exigeant, parfois plus intellectuel, est dans l'ensemble moins satisfait de son résultat que le travailleur de force, appelé à moins s'observer, à moins attacher d'importance à des séquelles minimales et chez lequel peut-être le seuil de la douleur n'est pas le même.

Enfin, il n'apparaît pas que l'intervention précoce donne de meilleurs résultats post-opératoires. Peut-être faut-il en trouver la raison dans le fait que plus longtemps le patient a souffert avant l'intervention, meilleur lui apparaît le résultat. Il l'apprécie d'autant plus qu'il l'a attendu. La chirurgie lui paraît alors vraiment salvatrice. Ainsi un de nos malades nous écrivait : « Je souffrais de sciatique depuis vingt ans, je n'hésite pas à qualifier mon résultat de miraculeux. »

RÉSULTATS EN FONCTION DE L'INTERVENTION PRATiquÉE

Le mode de l'intervention pratiquée influence-t-il les résultats ?
Laissons une fois de plus parler les chiffres :

Ablation simple du disque.....	199 cas
Excellents résultats : 101 cas, soit 50,8 % ; résultats satisfaisants : 62 cas, soit 31,2 % ; échecs : 36 cas, soit 18 %.	
Ablation suivie de radicotomie et ablation après échec de la radicotomie.....	9 cas
Excellents résultats : 5 cas, soit 56 % ; résultats satisfaisants : 4 cas, soit 44 %.	
Ablation suivie de greffe.....	7 cas
Excellents résultats : 3 cas, soit 43 % ; échecs : 4 cas, soit 57 %.	
Exploration simple.....	64 cas
Excellents résultats : 23 cas, soit 36 % ; résultats satisfaisants : 24 cas, soit 37,5 % ; échecs : 7 cas, soit 26,5 %.	
Exploration suivie de radicotomie.....	40 cas
Excellents résultats : 20 cas, soit 50 % ; résultats satisfaisants : 16 cas, soit 40 % ; échecs : 4 cas, soit 10 %.	

Exploration suivie de greffe.....	15 cas
Excellents résultats : 5 cas, soit 33 % ; résultats satisfaisants : 6 cas, soit 40 % ; échecs : 4 cas, soit 27 %.	
Désinsertion des masses sacro-lombaires.....	3 cas
Bons résultats : 2 ; échec : 1.	

La greffe reste donc l'intervention qui comporte le plus mauvais pronostic, puisque le pourcentage des échecs calculé sur l'ensemble des interventions ayant comporté une greffe s'élève à 36, 35 %.

Dans l'échelle des mauvais résultats, les explorations simples suivent avec un pourcentage de 26,5 % d'échecs.

D'après ces chiffres, la radicotomie simple semblerait être la meilleure intervention si elle n'était quelque peu mutilante, puisque ses échecs (10 %) restent moins nombreux que ceux du simple curetage ou de l'ablation du disque malade (18 %).

Quant à la valeur de l'intervention associant à l'ablation du disque la radicotomie, nous ne pouvons guère en tenir compte vu le trop petit nombre de cas, mais il est certain qu'elle associe les avantages des deux précédentes.

RÉSULTATS EN FONCTION DE LA VOIE D'ABORD

Lésions discales : 215 cas.

Curetage par voie économique.....	136 cas
Excellents : 78 cas, soit 57,4 % ; bons : 38 cas, soit 27,9 % ; échecs : 20 cas, soit 14,7 %.	
Curetage après hémilaminectomie ou laminectomie....	79 cas
Excellents : 31 cas, soit 39,4 % ; bons : 28 cas, soit 35,4 % ; échecs : 20 cas, soit 25,2 %.	

Pas de lésions discales : 119 cas.

Exploration par voie économique.....	65 cas
Excellents : 27 cas, soit 41,6 % ; bons : 23 cas, soit 35,4 % ; échecs : 15 cas, soit 23 %.	
Exploration après hémilaminectomie ou laminectomie.	54 cas
Excellents : 21 cas, soit 39 % ; bons : 23 cas, soit 42,5 % ; échecs : 10 cas, soit 18,5 %.	

Il ressort de ces chiffres que la voie économique donne dans les discopathies un pourcentage plus élevé de résultats excellents, et beaucoup moins d'échecs (14,7/25,2 %).

Par contre, cette différence ne se retrouve pas lorsqu'il n'existe pas de lésions discales. On peut alors supposer que par leur action décompressive, l'hémi laminectomie ou la laminectomie sont dans ce cas susceptibles d'apporter une amélioration plus nette que la simple intervention par voie interlaminaire.

LE MAINTIEN DES RÉSULTATS

Nous nous sommes demandés si la qualité du résultat variait en fonction du recul post-opératoire, autrement dit si l'amélioration obtenue persistait ou si un échec opératoire était susceptible de s'améliorer au cours des mois ou des années suivantes. Ce tableau, établi sur 337 cas, va nous donner la réponse.

Durée d'observation post-opératoire	Nombre de cas	Excellents —	Bons —	Echecs —
Plus de 3 mois...	337	47,0 %	33,0 %	20,0 %
Plus de 1 an....	324	47,8 %	33,4 %	18,8 %
Plus de 2 ans....	266	50,4 %	32,3 %	17,3 %
Plus de 3 ans....	217	48,3 %	33,2 %	18,5 %
Plus de 4 ans....	175	52,0 %	32,6 %	15,4 %
Plus de 5 ans....	116	51,7 %	31,9 %	16,4 %

D'après ce tableau, il apparaît que les résultats du traitement chirurgical de la sciatique ne sont pas définitifs, mais vont au contraire en s'améliorant légèrement.

Cette remarque se justifie d'autant plus que les résultats des 116 cas observés depuis plus de cinq ans sont compris dans les résultats des catégories précédentes qu'ils améliorent.

CONCLUSIONS

1° La sciatique chirurgicale est plus fréquente chez l'homme (72 %) que chez la femme, comme l'enseignent la plupart des statistiques et comme le laissent prévoir les conditions respectives de vie et de travail.

2° Le maximum de fréquence s'observe entre 30 et 50 ans, phase d'activité, la plus grande coïncidant d'ailleurs avec les phénomènes involutifs vertébraux (discomalacie, arthrose).

3° Nous n'avons pas remarqué de prédominance particulière suivant le caractère plus ou moins pénible du métier.

4° Sur un total de 435 interventions chez 422 malades, il a été observé :

dans 206 cas, une hernie discale ;

dans 43 cas, une protrusion discale ;

dans 19 cas, une maladie discale,

soit 268 sciatiques avec discopathie ;

dans 31 cas, des lésions diverses (arthrose, dilatations veineuses).

Enfin, 130 explorations furent négatives et 6 interventions se limitèrent à la désinsertion des masses musculaires sacro-lombaires.

5° Déduction faite des greffes, la durée moyenne de l'arrêt de travail a été de 5 mois 14 jours avant l'intervention dans les sciatiques avec discopathie comme dans les sciatiques d'autre origine. Après l'intervention, elle fut de 4 mois 24 jours dans les premières et de 6 mois 7 jours dans les secondes.

6° Les résultats globaux calculés sur un ensemble de 344 cas, compte tenu de la mortalité per et post-opératoire (7 cas), ont été les suivants :

Guérisons complètes.....	46,2 %
Bons résultats.....	32,6 %
Echecs	21,2 %

7° Une proportion de 83,5 % des malades consentiraient cependant à subir une intervention analogue s'ils présentaient à nouveau une sciatique rebelle ; 12,5 % la refuseraient, et 4 % resteraient hésitants. Cette appréciation s'accorde donc avec les pourcentages énoncés plus haut.

Le Président de la Thèse,

WERTHEIMER.

Vu :

Le Doyen :

H. HERMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 25 juin 1953.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à 1949, se reporter à la thèse de MALLET (Lyon, 1950).

- ALFRED. — Traitement chirurgical des hernies discales lombaires. *Amer. J. of Surg.*, vol. 81, n° 4, p. 390, avril 1951.
- ANORTH (G.). — Résultats à distance de 50 cas de hernie du disque intervertébral opérés à la clinique orthopédique. *Minerva Orthopedica*, an. 2, n° 6, p. 382-386, novembre-décembre 1951.
- BUSCH (E.), ANDERSEN (A.), BROAGER (B.). — Protrusion du disque lombaire. In *Ugeskrift for Leager, Copenhagen*, t. CXI, p. 165, 20 janvier 1949.
- CECH (A.). — Hernie du disque intervertébral. *Acta Medica Iugoslavica*, vol. 2, fasc. 2-3, p. 149-174, 1948.
- CLOWARD. — Anterior herniation of a ruptured lumbar intervertebral disk. Comments on the diagnostic value of the diskogram. *Arch. Surg.*, t. LXIV p. 457-463, 1952.
- CLOWARD. — The treatment of ruptured lumbar intervertebral disk by vertebral body fusion. *Arch. Surg.*, t. CXXXVI, p. 987-991, 1952.
- CRAWFORD, MITCHELL et GRANGER. — Surgical treatment of low back pain with sciatic radiation. (Report on 346 cases). *Arch. Surg.*, t. LIX, p. 724-730, 1949.
- ECHOLS. — Surgical treatment of sciatica. Results three to eight years after operation. *Arch. of Neurol. and Psychiatry, Chicago*, t. LXI, p. 672, 1949.
- FALCONER, GEORGE et BEGG. — Surgery of lumbar intervertebral disk protrusion. Study of principles and results based on 100 consecutive cases submitted to operation. *Brit. J. of Surg.* (Bristol), t. XXXV, p. 225, 1948.
- FISCHER. — Méthodes nouvelles de représentation des altérations discales dans le lumbago et la sciatique. *Schweiz. Medizin. Wochenschrift*, an. 79, n° 10, p. 213-216, 12 mars 1949.
- GLEOOR, WORINGER, SCHNEIDER et BROGLY (C.). — Lombo-sciatiques par anomalies vasculaires épidurales. *Schweizerische Med. Wochenschrift*, t. LXXXVIII, n° 20, 17 mai 1952.
- GRANT, AUSTIN, FRIEDENBERG et HANSEN. — A correlation of neurologic, orthopedic and roentgenographic findings in displaced intervertebral discs. *Surg. Gynec. and Obst.*, vol. 87, p. 561-568, 1948.
- GUILLAUME (J.) et JANNY (F.). — Etude critique du traitement chirurgical de la lombo-sciatique. *La Presse Médicale*, t. LXI, n° 9, p. 172-174, 11 février 1953.
- GURDJIAN et WEBSTER. — Operation for herniations of nucleus pulposus. *Amer. J. of Surgery*. (N. Y.), n° 76, p. 235, septembre 1948.
- KEY (J.-A.). — Indications for operation in disc. lesions in the lumbo-sacral spine. *Ann. Surg.*, vol. 135, p. 886-891, 1952.
- KIRSTEIN et LEMART. — Follow-up examination of operated and non operated cases with clinical symptoms of herniated disc. *Acta Med. Scand.*, t. CXX, p. 93 1945.
- KRAYENBÜHL (H.). — Diagnostic et thérapeutique chirurgicale des disques intervertébraux lombaires herniés. In *Helv. Chir. Acta* (Basel), p. 187, 17 juin 1950.

- KROLL et REISS. — Le problème de la sciatique et de la protrusion du disque intervertébral. *Klin. Wochensh.* (Heidelberg), p. 338, 28 mai 1950.
- LACAPÈRE (J.), DRIEUX (H.) et DELAVILLE (G.). — Etudes histologiques et cliniques sur le disque intervertébral. *Presse Médicale*, t. LIX, p. 1400, 1951.
- LINDGREN (S.). — Some problems concerning herniated intervertebral disk from clinical point of view. *Acta Chir. Scand.* (Stockholm), t. XCVIII, p. 295, 1949.
- DE MARCHI et BELGRANO. — Les résultats éloignés du traitement chirurgical de la hernie du disque intervertébral. *La chir. degli org. di movim.*, vol. 36, fasc. 1, p. 57-66, 1951.
- MURPHY. — Lumbar intervertebral disk protrusion contralateral to side of symptoms. *Am. J. Roentgenol. and Rad. Ther.* (Springfield), n° 61, p. 77, janvier 1949.
- ODELL, RAMSEY et KEY. — Results after operative removal of intervertebral discs. *Southern Med. J.* (Birmingham, Ala), t. XLIII, p. 759, septembre 1950.
- POUYANNE. — Lombo-sciatalgie. Résultats du traitement. Rapport du V^{me} Congrès de la Société internationale de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie. Stockholm 21-25 mai 1951. *Presse Méd.*, vol. 59, p. 1246, 2 septembre 1951.
- RAAF (J.) et BERGLUND (G.). — Résultats d'opérations pour protrusion de disques intervertébraux lombaires. *J. of Neuro-Surg.*, t. VI, n° 2, p. 160-168, mars 1949.
- RICARD. — Blocage vertébral comme temps complémentaire dans le traitement chirurgical des lombo-sciatiques. *Acad. Chir.*, t. LXXVI, p. 140-144, 1950.
- SHINNERS et HAMBY. — Protruded lumbar intervertebral disc ; results following surgical and non surgical therapy. *J. of Neuro-Surg.* (Pringfield), t. VI, p. 450, novembre 1949.
- SICARD (A.). — Les causes des échecs dans le traitement opératoire des hernies discales. *Presse Méd.*, vol. 59, p. 1323-1324, 1951.
- SICARD (André). — A propos de hernies discales (observ. de M. MALGRAS). *Acad. Chir.*, t. LXV, p. 43-44, 1949.
- SMOLIK et NASH. — Lumbar spinal arachnoïditis : a complication of the intervertebral disc operation. *Ann. of Surg.*, vol. 133, p. 490-495, 1951.
- SPURLING et GRANTHAM. — Results of surgery for ruptured lumbar intervertebral disks : follow-up study on 327 cas. *J. of Neuro-Surg.* (Springfield), t. VI, p. 57, janvier 1949.
- SPADEA (S.) et HAMLIN (H.). — Interspinous fusion for the treatment of herniated intervertebral discs utilizing a lumbar spinous process as a bone graft. *Ann. of Surg.*, vol. 136, p. 982-986, année 1952.
- SVIEN, DODGE et CAMP. — The importance of spinal fluid analysis and contrast myelography when protruded lumbar disc is suspected. *Surg. Gynec. Obst.*, vol. 93, p. 643-644, 1951.
- WALCH (A.), ROMBOUTS (R.) et PETIT (J.-L.). — Les funiculalgies rachidiennes dépendant de lésions discales et d'arthroses interapophysaires. Rapp. à la Soc. Belge d'Orthop., séance extraord. du 15 juin 1949. In *Acta Orthop. Belg.*, t. XV, fasc. 4, p. 105-180, avril 1949.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
--------------------	----

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — <i>Les bases statistiques</i>	13
---	----

CHAPITRE II. — *Modalités opératoires :*

La voie d'abord.....	17
Les différents types d'intervention.....	18
Les constatations opératoires.....	21
Mortalité per et post-opératoire.....	26
Les complications post-opératoires.....	27

CHAPITRE III. — <i>Durée de l'hospitalisation et arrêt temporaire du travail</i>	31
---	----

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — <i>Les résultats globaux</i>	33
--	----

CHAPITRE II. — *Analyse des résultats :*

Les répercussions professionnelles. — Les incapacités permanentes partielles	37
Changement de métier.....	37
Arrêt définitif du travail.....	38
Les résultats suivant le sexe et l'âge du malade.....	38
Les résultats et les métiers.....	39
Les résultats en fonction de la durée de l'évolution de la sciatique.....	40
Résultats en fonction de l'intervention pratiquée.....	41
Résultats en fonction de la voie d'abord.....	42
Le maintien des résultats.....	43

CONCLUSIONS	45
-------------------	----

BIBLIOGRAPHIE	47
---------------------	----
